

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1969

N° 21

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

BEAUCHESNE Michel

né le 8 Février 1937 à VANNES (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le

1969

Contribution à l'étude
des carcinomes épidermoïdes primitifs
de la glande thyroïde

Président : Monsieur le Professeur FRESSINAUD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0020

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1969

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

BEAUCHESNE Michel

né le 8 Février 1937 à VANNES (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude
des carcinomes épidermoïdes primitifs
de la glande thyroïde

Président : Monsieur le Professeur FRESSINAUD

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

1882

THESE

Par

DOCTORAT EN MEDECINE

Par M. J. J. J.



1882

1882

1882

1882

1882

1882

1882

1882

1882

1882

FACULTE MIXTE
de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

Doyen Honoraire : Professeur ROUCHY
Professeurs Honoraires : M.M. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER

Président du Conseil Transitoire :	Assesseur :
M. J.C. RENIER	M. H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

a) Professeurs Titulaires

M.M. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.M.	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	O. R. L.
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - A G R E G E S

M.M.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.M.	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
M.M.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
	HY	Dermatologie
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Mlle	PRELOT	Zoologie
M.	TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur FRESSINAUD

Professeur Titulaire
de la chaire de Clinique Médicale B
Médecin des Hôpitaux

Sous son autorité bienveillante,
nous avons acquis dans son Service
une pratique médicale rendue profi-
table par la rigueur de ses conseils.

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse qu'il nous fait le grand hon-
neur de présider.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hom-
mage de notre profonde admiration et
de notre très respectueux attachement.

A notre Maître

Monsieur le Professeur RENIER
Président du Conseil Transitoire
chargé des fonctions de Vice-Doyen de la Faculté Mixte de
Médecine et de Pharmacie d'ANGERS
Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique Rhumatologique
Médecin des Hôpitaux

qui nous a accueilli dans son Service
où malgré ses occupations, il nous a
permis d'acquérir les éléments indis-
pensables de Rhumatologie.

Il nous fait le grand honneur d'être
de nos Juges.

Nous lui exprimons avec notre plus
profond respect, nos plus vifs
remerciements.

A notre Maître

Monsieur le Professeur OURY
Professeur Titulaire
de la Clinique de Pneumo-Phtisiologie
Médecin des Hôpitaux

Pendant six mois, nous avons pu apprécier sa gentillesse, son esprit humain, sa haute compétence médicale débordant la pneumo-phtisiologie.

Il a été pour nous un exemple de ce que nous voudrions être dans l'exercice de notre profession.

Nous le remercions d'avoir accepté de faire partie de notre Jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur SIMARD
Professeur Titulaire
de la chaire d' Anatomie-Pathologique
Biologiste des Hôpitaux

Il nous a guidé dans l'approche difficile de l'Anatomo-pathologie.

Nous lui exprimons notre très respectueuse gratitude d'avoir accepté de nous aider dans l'élaboration de notre travail, et d'avoir bien voulu être de nos juges.

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre très profonde gratitude et de nos plus vifs remerciements.

A notre Camarade, le Docteur Jean-Claude BIGORGNE

Sans sa compétence en Endocrinologie
ni sa patiente gentillesse qui lui
permet de nous donner tant de conseils,
nous n'aurions pu mener à bien ce
travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de nos plus vifs remerciements
et le regret de n'avoir pu travailler
avec lui durant notre externat.

A ma Femme

Elle seule peut savoir que,
sans son aide, je n'aurais
pu terminer mes études.

P L A N

1°) - INTRODUCTION

2°) - OBSERVATION

3°) - Les cancers épidermoïdes primitifs du corps thyroïde :
ETUDE ANATOMO CLINIQUE

- historique
- fréquence
- rappel des observations trouvées dans la littérature.

- a) Etiologie
- b) Caractères cliniques
- c) Conclusion de cette revue clinique.

4°) - MOYENS DIAGNOSTIQUES

- 1) Avant l'intervention
- 2) Au cours de l'intervention
- 3) Examen anatomo pathologique
- 4) HISTOGENESE

5°) - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Les Métastases dans la glande thyroïde
- Les Métastases épidermoïdes dans la glande thyroïde provenant de
 - .. Carcinomes des organes du cou
 - .. Carcinomes bronchiques
 - .. Autres carcinomes épidermoïdes

6°) TRAITEMENT

7°) CONCLUSION

INTRODUCTION

Bien qu'il ne représente que 1 % de toutes les tumeurs malignes humaines, le cancer de la thyroïde a donné lieu à un grand nombre de travaux. Il s'agit en effet, d'une tumeur très singulière tant du point de vue de la pathologie endocrinienne que de la carcinologie. Cette complexité se retrouve dans la classification que les auteurs sont unanimes à reconnaître difficile ; la majorité d'entre eux, cependant, s'accorde à distinguer trois grandes classes :

- les carcinomes papillaires, les plus fréquents semble-t-il puisque HIRABAYASHI et LINDSAY en comptent 286 sur 390 , et WOOLNER et collaborateurs 541 sur 885.
- les carcinomes folliculaires ou vésiculaires , plus rares (83 dans la première statistique, 157 dans la seconde) mais représentant encore 20 % des tumeurs malignes thyroïdiennes.
- les carcinomes anaplasiques, enfin, de pronostic redoutable.

C'est dans ces trois grands cadres que se range l'immense majorité des cancers thyroïdiens. Il existe toutefois des formes plus exceptionnelles :

1. l'une de connaissance récente (1959) décrite sous le nom de "*cancer médullaire* " de la thyroïde, ou cancer à stroma amyloïde.

A vrai dire, la négativité d'une telle enquête, aussi soigneuse soit-elle sur le plan radio-clinique, ne permet pas d'affirmer formellement l'absence d'un foyer primitif à distance du corps thyroïde. La même remarque vaut d'ailleurs pour la vérification anatomique elle-même à laquelle un foyer microscopique peut toujours échapper.

D'un point de vue pratique, c'est cependant à ce critère que l'on est amené à se ranger pour départager Cancer Primitif et Cancer Métastatique.

OBSERVATION

En Février 1969, Madame M. ... Marguerite, âgée de 74 ans, est adressée dans le Service de C.M. B. pour goître ancien, suspect de dégénérescence.

- 1/ L'anamnèse ne révèle aucun antécédent extra-thyroïdien particulier :

- . puberté normale à 10 ans ¹/₂
- . Typhoïde, pleurésie à 14 ans
- . Ménopause à 50 ans
- . crises cardiaques mal étiquetées à 65 et 67 ans.
- . apparition d'une H.T.A. à 72 ans non objectivée lors de l'hospitalisation.

- 2/ Le goître :

- est ancien, sans que sa date d'apparition puisse être précisée
- évolution : en 1965, ce goître augmente de volume, progressivement, pour, au bout de 3 ans, devenir important et s'accompagner de troubles de la voix avec impossibilité de crier. Des considérations sociales font reculer l'hospitalisation d'un an

A l'entrée dans le Service :

Malade asthénique, anorexique, amaigrie, légèrement fébrile :
température à 37°5 - 38° - T.A. 14.8
Pouls à 80, irrégulier.

Les signes fonctionnels sont faits de :

- céphalées intenses, fréquentes, prédominant à la zone pariétale droite avec sensation de battements pénibles

- une dysphasie
- ni toux, ni dyspnée.

EXAMEN PHYSIQUE :

goître manifeste, déformant le cou particulièrement dans sa partie droite

irrégulier à la palpation

son lobe droit est gros, très dur

son lobe gauche, dur, se prolonge derrière le sternum.

Il est peu mobile lors des mouvements de déglutition.

Par ailleurs :

pas d'adénopathie palpable.

Le reste de l'examen est négatif, hormis une fibrillation auriculaire précisée par l'E.C.G.

AU TOTAL :

- . augmentation récente du volume d'un goître anciennement connu
 - . apparition de troubles de compression.
 - . altération de l'état général
- font suspecter la dégénérescence de ce goître.

Les EXAMENS PARA-CLINIQUES permettent les constatations suivantes :

- 1) Les tests fonctionnels d'exploration isotopique montrent qu'il existe indiscutablement une hypo-thyroïdie :

courbe de fixation : 12 % à la 6ème heure
 18 % à la 24ème heure
 20 % à la 48ème heure

Test des résines :

à la 24ème heure : hormones 2%
 Iodures 93 %
 Peptides iodées .. 4 %

à la 48ème heure : hormones 31 %
 iodures 62 %
 Peptides iodées ... 6 %

Par contre le test de Hamolsky est normal : 15 %

Réflexogramme normal : 280 M.S.

Absence de signes cliniques d'insuffisance thyroïdienne

2) Scintigraphie :

.. Le Lobe droit, siège de l'augmentation de Volume, ne fixe absolument pas l'iode 131.

.. Le Lobe gauche et l'isthme : fixation homogène de l'Iode 131.

L'image du lobe gauche se prolonge sous la clavicule.

3) Examens laryngoscopiques ; diminution de la mobilité des 2 cordes vocales qui sont atrophiées. Ceci est probablement dû à une paralysie partielle des thyro-arythénoïdiens postérieurs. L'origine compressive de ces troubles, conclut le spécialiste, est vraisemblable.

4) Radiographies cervico-thoraciques :

De façon paradoxale, elles montrent :

De face : importante déviation de la trachée vers la droite (bien visible sur le cliché pratiqué à haute tention), c'est-à-dire du côté de la tumeur.

Cette déviation commence à la hauteur de la 6ème cervicale et intéresse particulièrement la partie intra-thoracique de la trachée.

Elle sera expliquée par les constatations anatomiques faites lors de l'exérèse chirurgicale qui découvre un lobe gauche hypertrophié à développement intra-thoracique.

De profil : important élargissement de l'espace compris entre la

clarté trachéale et le rachis, ainsi que des parties molles antérieures.

- 5) Radiographies osseuses : crâne, rachis, bassin : pas d'image de métastase
- 6) Fond d'oeil : cataracte bilatérale en évolution.
Pas d'anomalie choroïdienne pouvant faire suspecter une métastase.
- 7) Calcémie normale : 95 mg/litre
Phosphatases alcalines normales ; 4,35 U.K.A.

En fonction des résultats de ces différents examens, l'exérèse chirurgicale est décidée.

L'OPERATION est pratiquée le 10 AVRIL (Dr PILLET).

" - le lobe droit est le siège d'un volumineux carcinome ulcéré et nécrosé, adhérent aux organes voisins, en particulier à l'axe jugulo-carotidien.

De ce côté on pratique seulement une lobectomie, qui est incomplète, en particulier en arrière.

- On complète la thyroïdectomie en enlevant sans difficulté le lobe gauche, qui est volumineux et plongeant, mais qui s'exteriorise facilement.

- Prélèvements séparés :

- . d'une masse ganglionnaire sus-claviaire droite
- . d'un ganglion pré-trachéal.

L'HISTO-DIAGNOSTIC (Dr SIMARD) conclut à un "CARCINOME
EPIDERMOÏDE INTRA-THYROÏDIEN, Métastase ganglionnaire :

- 1) - Les ganglions sus-claviculaires droits comportent des lésions d'hyperplasie inflammatoire banale, non spécifique.

Au niveau de l'un des ganglions, on note la présence d'un petit foyer carcinomateux métastatique constitué d'éléments épidermoïdes, bien différenciés et même matures, se continuant avec des plages fusiformes qui pourraient être, à tort, interprétées comme sarcomateuses s'il n'existait pas les images épidermoïdes juxtaposées.

- 2) - Les ganglions pré-trachéaux , éléments de petite taille, ne dépassant pas 5 à 6 mm de diamètre, sont uniquement le siège de lésions d'hyperplasie inflammatoire sans aucun foyer métastatique carcinomateux.
- 3) - Le lobe gauche mesure environ 7 x 6 x 4 cm ; il est constitué à la coupe d'un parenchyme d'aspect colloïde, avec parfois des zones hémorragiques. Les différentes préparations effectuées à son dépens montrent que le tissu lésionnel est formé de lobules constitués de cavités alvéolaires de taille très variable à revêtement cubique bas contenant une colloïde relativement dense et homogène.

Les vésicules de très petite taille voisinent souvent avec des éléments beaucoup plus volumineux. Il existe assez fréquemment des zones hémorragiques et des foyers de pigmentation hémosidériniques témoignant d'hémorragies antérieures.

Le stroma est polymorphe, parfois très peu abondant, ailleurs aspect très lâche myxoïde, ailleurs enfin, assez rarement et surtout en surface, dense, hyalin, avec quelques calcifications.

C'est là au total, l'image d'un goître hyperplasique à remaniement hémorragique, sporadique, sans aucun caractère de malignité.

- 4) - Le lobe droit revêt la forme d'une masse piriforme d'environ 8 x 6cm, constituée en quasi-totalité d'un tissu blanchâtre, manifestement tumoral, qui tend à faire saillie par une incisure faite en salle chirurgicale.

Les six larges prélèvements effectués aux dépens de ce "lobe droit" montrent des images absolument identiques et à vrai dire assez inhabituelles.

Certains prélèvements comportent en périphérie un parenchyme thyroïdien montrant les mêmes images d'hyperplasie que celles du lobe gauche. La tumeur dans sa totalité revêt l'aspect typique d'un carcinome épidermoïde différencié et souvent mature, sous un mode essentiellement para-kératosique.

Entre le parenchyme thyroïdien et la tumeur s'interpose une bande fibreuse irrégulière parsemée d'éléments inflammatoires, et d'ailleurs infiltrés souvent par des plages carcinomateuses de type épidermoïde, mais très largement différenciées et souvent quasiment sarcomatoïdes.

La recherche au sein des plages carcinomateuses épidermoïdes d'éléments vésiculaires est restée négative.

Sur certains éléments, il n'existe plus de parenchyme thyroïdien identifiable en périphérie, mais la tumeur reste toujours cantonnée dans des limites précises sans extension dans la graisse et au sein du muscle ".

L'interprétation de ces données histologiques sera envisagée ultérieurement.

Les suites opératoires sont bonnes.

La nature histologique rendant illusoire toute totalisation par l'Iode 131, il est décidé d'entreprendre une cobaltothérapie (5 séances par semaine pendant 6 semaines) associée à une opothérapie thyroïdienne (2 mg de thyroxine par jour associé au Propanol).

Ce traitement sera bien toléré.

Parallèlement est menée une ENQUETE ETIOLOGIQUE à la recherche d'un éventuel foyer primitif extra-thyroïdien.

1) BRONCHOSCOPIE (*Dr DESNOS*)

- . il semble exister une paralysie récurrentielle, mais on ne peut pas l'affirmer, l'examen étant pratiqué sous anesthésie générale.
- . D'autre part, on note au niveau de la trachée :
 - qu'il existe un certain rétrécissement annulaire sous-glottique, sans aspect pathologique de la muqueuse,
 - un aplatissement latéro-latéral particulièrement sensible au niveau de la région postérieure de la paroi droite,
 - la lumière trachéale est normale à la partie inférieure de la trachée.

2) EXAMEN GYNECOLOGIQUE (*Dr GROSIEUX*)

- . L'interrogatoire ne retrouve la notion d'aucun trouble gynécologique.
- . A l'examen on constate simplement une imprégnation très forte du Lugol au niveau des muqueuses cervico-vaginales. Mais les dosages d'oestrogènes, 17 Céto-stéroïdes et prégnandiol sont normaux.

3) TUBE DIGESTIF

Transit oeso-gastro duodénal normal

Rectoscopie normale.

Une oesophagoscopie est prévue, mais la malade , convoquée, ne se présente pas à la date voulue pour subir cet examen.

4) L'EXAMEN de la PEAU est strictement normal.

Ainsi, la recherche d'une éventuelle localisation primitive extra-thyroïdienne, est restée négative. Il est alors permis de penser qu'il s'agit de la forme rare, mais classique, de *carcinome épidermoïde primitif de la glande thyroïde*.

L'EVOLUTION a très rapidement confirmé le pronostic péjoratif.

- En Septembre 1969 : hospitalisation dans un hôpital périphérique pour syndrome asphyxique par extension sur place du processus néoplasique local.
- En Octobre 1969 :
 - . Hémorragie externe par ulcération d'un gros vaisseau du cou
 - . Décès.

ETUDE ANATOMO CLINIQUE

Le cancer épidermoïde du corps thyroïde fut individualisé en 1904 par HERRENSCHMIDT, dans sa thèse, à propos de deux cas :

1er cas : Homme de 60 ans, porteur d'un goître volumineux à prédominance droite, avec signes de compression : dysphonie et dyspnée, sans adénopathie. Mort en 3 semaines.

Compte-rendu d'autopsie : carcinome primitif du lobe droit de la glande thyroïde avec envahissement secondaire de la trachée et de l'oesophage.

Histologie : épithélioma épidermoïde kerato formateur, sans lien apparent avec la structure glandulaire.

2ème cas : Femme de 41 ans ; goître volumineux à prédominance droite avec dysphonie, dyspnée ; mort par asphyxie au bout de deux mois.

A l'autopsie : carcinome du lobe droit de la thyroïde avec infiltration carcinomateuse secondaire de la trachée.

Histologie : adenocarcinome avec des plages épidermoïdes différenciées, sans keratine, mais surtout des formes de passage entre les deux types.

Bien que la nature primitive du cancer thyroïdien dans ces deux observations soit actuellement mise en doute, le mérite reste à HERRENSCHMIDT d'avoir fait apparaître un problème carcinologique nouveau que CORDIER, DARGENT et GARNIER ont parfaitement résumé dans leur

rapport au 68ème CONGRES de CHIRURGIE. Pour ces auteurs, " ... il est possible de trouver des formations Malpighiennes spino-cellulaires dans la glande thyroïde :

- a) parce que ce sont des envahissements par continuité originaires de cancers de muqueuses laryngo-trachéale ou pharyngo-oesophagienne ...
- b) parce qu'il existe dans le corps thyroïde des inclusions ectodermiques vestigiales susceptibles d'engendrer des cancers spino-cellulaires envahissant toute la glande (Bruns, Clute et Smith)
- c) parce qu'au terme de la métaplasie régressive, le tissu thyroïdien peut retourner à sa forme primitive. On expliquerait ainsi que des plages d'epithelioma à globes cornés alternent avec des formations trabéculaires ou vesico-papillaires (Russel, Lindsay). ... "

La fréquence de ce type de cancer est pour la majorité des auteurs de 1 % environ des cancers thyroïdiens.

Toutefois, des statistiques importantes (voir Tableau I) n'en font pas mention.

AUTEURS	STATISTIQUE portant sur
WOOLNER, BEARHS, et coll.	885 cas
HIRABAYASHI, LINDSAY	390 cas
TUBIANA, PEREZ, PARMENTIER	147 cas
WELTI, MULLER	603 cas
RUSSEL, IBANEZ	80 cas
WELTI, HUGUENIN	233 cas
ROLDAN, DAN ELLIOTT	130 cas
WELCH, CHESKY, HELWIG	268 cas
HILL, KELLOG et coll.	112 cas

Par contre ce cancer est représenté dans les statistiques suivantes : (Tableau 2)

AUTEURS	TOTAL des K Thyroïdiens	Nombre de K épidermoïdes	%
KILPATRICK	100	2	2
W. DERMOTT	190	5	2,6
CANAVESE	79	1	1,2
CLUTE et SMITH	67	1	1,5
TENAILLEAU	48	1	2
BURNS, TAYLOR	152	5	3
ALHADEFF	67	2	3
BUAN	42	3	6
Centre L. BERARD			2.9

Le pourcentage moyen de carcinome épidermoïde est pour ce tableau n° 2, de 2,9 % de l'ensemble des cancers thyroïdiens. Ce taux tombe à 1 % si l'on prend l'ensemble des cancers thyroïdiens des statistiques des tableaux 1 et 2.

L'étude rétrospective de ces rares cas de cancers épidermoïdes est rendue difficile par le caractère peu explicite de certaines observations.

A ne vouloir retenir de l'ensemble que les seules observations où la nature à la fois primitive et épidermoïde du cancer thyroïdien apparaît indiscutable, nous conserverons 12 cas résumés ici pour l'essentiel. Nous analyserons ensuite 9 observations où le caractère primitif du cancer prête à discussion.

.....
 I :

N° 1 : PRAKASH, KUKRETI et SHARMA, en 1968 , rapportent le cas d'une
 ----- femme de 38 ans, sans antécédent connu , qui note l'apparition d'
 une tumeur thyroïdienne droite, en trois mois, associée à une dysphagie
 et des douleurs.

Goître dur, nodulaire, tendu, encore mobile, sans adénopathe.

Examen O.R.L. normal.

Pas de métastase pulmonaire ou osseuse.

Pas d'exploration isotopique.

Après thyroïdectomie, l'anatomo-pathologiste conclut à un carcinome épidermoïde.

Une radiothérapie est instituée, n'empêchant pas la malade de décliner rapidement.

N° 2 : La thèse de BUAN fait état de trois cas, dont l'un est manifeste-
 ----- ment primitif. Les deux autres cas pouvant prêter à discussion, seront exposés ultérieurement.

Un homme de 54 ans se plaint depuis 3 mois de dysphonie, dysphagie, otalgie droite.

On découvre une tuméfaction nodulaire, dure, apparue en 8 jours sur le lobe thyroïdien droit.

Examen ORL : paralysie récurrentielle droite.

Oesophage : refoulé mais non envahi.

Exploration isotopique : noyau froid au niveau du pôle inférieur du lobe droit.

Intervention :

L'histologiste note des éléments carcinomateux malpighiens bien différenciés, essentiellement kérato-formateurs.

Radiothérapie.

Mort en deux mois.

N° 3 : TENAILLEAU dans sa thèse sur les épithéliomas thyroïdiens rap-
----- porte un cas de carcinome à tendance spino-cellulaire atypique.

Femme de 70 ans. Goître ancien.

En 15 jours apparaissent des troubles de compression avec dysphonie et dysphagie.

A l'examen : tumeur thyroïdienne gauche augmentant rapidement de volume, que l'on ne peut extirper. La radiothérapie fera fondre la tumeur.

Au bout d'un an : récurrence locale avec métastase ganglionnaire.

Métastase pulmonaire un an plus tard.

Décès après gastrectomie de nécessité.

Notons que ce décès survient deux ans après le début des troubles de compression.

N° 4 et 5 : JAFFE, dans le but d'expliquer l'histogénèse du carcinome à
----- cellule squameuse à partir d'une métaplasie de l'épithélium folliculaire, s'appuie sur trois cas, dont deux nous intéressent immédiatement, car manifestement primitifs.

a) Homme de 58 ans, présentant en trois mois et demi, une masse thyroïdienne gauche qui augmente rapidement de volume, s'accompagnant de dysphagie douloureuse.

Ablation de la masse.

Mort au bout de 2 mois.

Examen histologique : carcinome épidermoïde avec quelques follicules entourés de cellules épithéliales cubiques.

b) Homme de 48 ans.

Douleurs rachidiennes depuis 5 mois.

Paralysie progressive des membres inférieurs.

Présence d'une tumeur du lobe thyroïdien gauche.

Mort peu après l'admission à l'hôpital.

A l'autopsie :

- carcinome du lobe gauche de la thyroïde.

- métastases dans les ganglions cervicaux, axillaires, pré-trachéaux, péribronchiques, dans le foie et les 3ème et 4ème vertèbres dorsales.
- compression médullaire.

Histologie : carcinome épidermoïde avec follicules entourés uniformément de cellules cubiques aplaties.

N° 6 : CLUTE et SMITH en 1929 rapportent un cas sur 67 cancers thyroïdiens de tous types.

C'est celui d'un homme de 56 ans qui mourut 15 mois après l'apparition d'une tumeur thyroïdienne dont le côté n'est pas précisé.

A l'autopsie : on note des métastases ganglionnaires dans la région axillaire et cervicale postérieure.

Examen histologique : îlots d'épithélium dans un stroma fibreux, ayant l'apparence de tumeurs épithéliales tendant à la kératinisation.

Nous retenons six autres cas, cités par ROEDER dans une revue de la littérature faite en 1921, dont un cas de ROEDER lui-même.

N° 7 : de LUCKE : chez un homme de 36 ans .

" Pas de goître ancien. Une année avant l'admission, le côté gauche du cou grossit, avec douleur locale et dyspnée. Ablation de la tumeur, mort en quelques jours.

A l'autopsie : larynx, trachée, oesophage et carotide sont comprimés. On note l'existence de quatre ganglions satellites. A l'examen histologique de la pièce, présence de cellules indifférenciées, les unes formant un épithélium avec cellules en fuseau, les autres un épithélium pavimenteux ".

n° 8 : SAVY et FLORENCE : femme de 54 ans.

" Entre comateuse à l'hôpital. Pas de passé connu.

Tumeur du lobe droit de la thyroïde, et grosse masse dans la fosse iliaque. A l'autopsie, le lobe thyroïdien gauche, de volume normal, contient un adénome bénin. Masses nodulaires dans les reins, surrén-

nales, rate, pancréas et poumons.

L'histologie révèle que la tumeur thyroïdienne droite et les métastases ont la même structure : nombreux globules épithéliaux formés de cellules concentriques et serrées d'origine ectodermique : épithélioma ectodermique du corps thyroïde ".

N° 9 : BONN H. K.

----- Homme de 50 ans : " tumeur thyroïdienne depuis 20 ans, ayant récemment grossi avec dysphonie et dyspnée. Exérèse chirurgicale de la masse qui s'étend dans les plans profonds du cou.

L'anatomo-pathologiste ne retrouve pas de tissu thyroïdien normal dans cette tumeur qui consiste en un épithélium squameux avec plusieurs lames de cellules aplaties : il n'existe pas de métastase ".

N° 10 : KAUFMANN C.

----- " Homme de 40 ans : goître diffus. Augmentation récente du volume du lobe gauche avec douleurs, dyspnée et dysphasie. Une tumeur dure, de la taille d'une tête d'enfant est trouvée du côté gauche du cou, avec infiltration de la peau et adénopathies satellites palpables. Mort en un mois sans intervention.

A l'autopsie, le lobe droit est indemne. Trachée et oesophage sont fortement comprimés. Il existe des ganglions pré-carotidiens, grossis, mais bénins. Aucune métastase n'est retrouvée. A l'examen histologique : présence de cellules de type pavimenteux. Ce tissu envahit la peau ".

N° 11 : BUSACHI T.

----- Homme de 80 ans : " Tumeur du lobe gauche comprimant trachée et oesophage contre les vertèbres. Aucune métastase n'est retrouvée à l'autopsie. La tumeur est dure et jaunâtre. Au microscope, elle présente un grand nombre de cellules pavimenteuses de formes variées.

Aspect typique d'épithélioma à cellules pavimenteuses."

N° 12 : ROEDER

----- Femme de 62 ans, qui présentait un petit nodule goîtreux, sans autre symptôme apparent, datant de 40 ans. En 6 mois, apparition de dyspnée et augmentation du volume du lobe thyroïdien gauche.

A l'examen celui-ci paraît modérément fixé aux plans adjacents, dur, non tendu, vraisemblablement malin.

Examen O.R.L. : larynx normal

corde vocale gauche paralysée.

Intervention en catastrophe par suite de difficultés anesthésiques.

Exérèse de toute la partie extirpable de la glande, mise en place de 75 mg de radium durant dix heures.

Pendant 10 jours la malade se sent bien. Meurt au 40ème jour de dyspnée suffocante.

Le lobe droit contient de nombreux petits adénomes dégénérés. La tumeur maligne paraît avoir pris naissance à la surface interne du pôle supérieur gauche, où les restes du conduit thyroïdial sont le plus souvent trouvés.

Au microscope, on découvre un épithélioma à cellules squameuses typiques tel qu'on le rencontre dans les tumeurs cutanées.

AU TOTAL : douze observations suffisamment étudiées sur le plan clinique et anatomo-pathologique pour être retenues dans le groupe des cancers épidermoïdes du corps thyroïde.

° ° ° ° °
 II ° ° ° ° °
 ° ° ° ° °

A ces 12 observations, on est tenté d'ajouter 9 autres cas dont les caractéristiques histologiques sont identiques, mais où l'existence d'un envahissement trachéal en regard du corps thyroïde fait discuter le caractère primitif du foyer thyroïdien.

A/ Dans cinq cas cependant, dont ceux d'HERRENSCHMIDT rappelés plus haut les auteurs admettent l'envahissement secondaire de la trachée.

1 - Cas de BUAN

Un homme de 60 ans présente dysphonie, dysphagie avec nodule très ferme du pôle inférieur droit de la thyroïde, otalgie droite, adénopathie sus-claviculaire droite.

Scintigraphie : nodule hypofixiant avec amputation du pôle inférieur du lobe droit.

Examen O.R.L. : infiltration partielle de l'oesophage

Intervention

Examen histologique ; carcinome épidermoïde différencié

Mort en 8 jours.

A l'autopsie : il est découvert un envahissement oesophagien et trachéal. Tout plaide cependant en faveur d'un envahissement de ces organes de dehors en dedans.

CONCLUSION : Carcinome épidermoïde primitif du corps Thyroïde.

2 - Cas de BUFNOIR et MILIAN rapporté par ROEDER

Epithélioma pavimenteux de la thyroïde ayant pénétré dans la trachée, chez une femme de 52 ans. Toux, dyspnée intense ; mort en quelques heures.

Un goître était apparu 6 mois auparavant, sans atteinte ganglionnaire.

A l'autopsie : le tumeur de type épithélial est produite par des incursions de la capsule externe de la glande.

3 - Cas de MERMET et LACOUR, rapporté aussi par ROEDER :

" Epithélioma tubuleux du corps thyroïde, propagation laryngo-trachéale.

Femme de 50 ans, goître depuis 3 ou 4 ans, augmentant rapidement de volume depuis 2 mois, à gauche surtout. Pas d'adénopathie, mais paralysie récurrentielle gauche.

A l'autopsie, quelques semaines plus tard, furent découverts une
glande envahie ainsi que le larynx et la trachée.

Rapport histologique : épithélioma pavimenteux tubulaire de la thyroïde ..."

Cas n° 4 et 5 : HERRENSCHMIDT

B/ Dans les quatre autres cas, les auteurs sont moins affirmatifs. Ils notent seulement l'existence d'un carcinome épidermoïde de la thyroïde, de la trachée et de l'oesophage. Nous les résumons cependant ici, même si le caractère primitif du foyer thyroïdien peut être mis en doute.

cas n° 6 : BUAN

Homme de 56 ans : dysphagie, dysphonie, toux,
lobe thyroïdien droit tumoral.

Adénopathie jugulo-carotidienne ferme

Paralysie récurrentielle droite

Scintigraphie : hypofixation de la partie inférieure du lobe droit

Examen O.R.L. : compression antérieure et droite de l'oesophage
compression postérieure de la trachée.
pas de lésion des muqueuses.

Intervention : exérèse partielle de la tumeur

Histologie : " carcinome épidermoïde bien différencié, très largement kératinisant....

Point de départ : oesophagien ou thyroïdien ?

La possibilité d'un carcinome thyroïdien métaplasique du type Herrenschmidt est admise mais non prouvée.

Mort en 4 mois.

Cas n° 7 : WOLFENDEN cité par ROEDER.

Epithélioma de la glande thyroïde et de la trachée.

Homme de 55 ans.

Depuis 6 mois : dysphagie et dyspnée.

Tumeur dure, tendue, fixée du lobe thyroïdien droit.

lobe gauche normal.

Examen O.R.L. : tuméfaction rougeâtre sous les cordes vocales.

Sténose trachéale marquée.

Décès pendant l'intervention.

A l'autopsie : tumeur du lobe droit et de l'isthme, blanchâtre, dure,
non irriguée.

Histologie : épithélioma à cellules squameuses.

Cas n° 8 : EPPINGUER cité par ROEDER

Homme de 47 ans. Depuis plusieurs années, troubles cardiaques et
dyspnée. Mort à l'Hôpital.

Autopsie : tumeur envahissant les tissus depuis le sternum jusqu'aux
vertèbres ; cette tumeur est issue de la thyroïde et des
parties sous-jacentes. Elle envahit : trachée, oesophage,
crosse aortique et veine cave supérieure.

Histologie ; carcinome épidermoïde.

Cas n° 9 : BRAUN toujours cité par ROEDER

Homme de 40 ans.

Autopsie : " muqueuse oesophagienne ulcérée et infiltrée, avec le
même type tumoral dans la glande thyroïde.

Carcinome épidermoïde dont le foyer primitif ne peut être
déterminé.

Métastases ganglionnaires, hépatiques, rénales et intes-
tinales. "

De l'étude de ces 21 cas et de notre observation personnelle (22 cas au total) peut-on ressortir des données étiologiques et cliniques propres à ce type de carcinome ?

- E T I O L O G I E

1) Sexe

Cette affection touche les hommes dans 14 cas
les femmes dans 8 cas

2) Age de découverte variable

chez les hommes il est en moyenne de 53 ans
chez les femmes de 55 ans
soit en général de 54 ans
avec un minimum de 36 ans
et un maximum de 80 ans

3) Facteurs favorisants : ils ne sont pas notés.

Tout au plus dans 8 cas trouve-t-on un goître pré-existant.

Mais on ne parle ni de Thyroïdite
ni d'irradiation antérieure

Dans les 8 cas où le goître pré-existe, il a rapidement augmenté de volume faisant déjà suspecter la possibilité de dégénérescence.

- C L I N I Q U E

Les premiers symptômes apparaissent peu de temps avant la consultation, en moyenne 7 mois.

Sur le plan évolutif, on remarque que l'intervalle séparant le premier symptôme du décès du malade est en moyenne de 10 mois
avec un minimum de un mois
et un maximum de 56 mois

Le lobe thyroïdien le plus souvent touché est classiquement le lobe gauche.

En fait, dans notre statistique, l'atteinte se produit
8 fois sur le lobe gauche
8 fois sur le lobe droit.

Mais aucune caractéristique clinique de la tumeur ne peut faire prévoir son type histologique.

Sans doute existe-t-il constamment des symptômes de compression associés à des algies :

dyspnée 11 fois
dysphonie 10 fois
dysphagie 10 fois
douleur 8 fois

avec 14 fois : existence d'au moins 2 de ces symptômes.

Les douleurs accompagnent le plus souvent une dysphagie et prédominent du côté du lobe thyroïdien atteint.

Une adénopathie satellite palpable est notée 4 fois.

Malgré l'intervention, enfin, 11 fois pratiquée, avec 6 fois radiothérapie et une fois opothérapie substitutive associée, la mort est inexorable et rapide.

En conclusion de cette revue clinique de 22 cas, on peut seulement retenir :

- le pronostic péjoratif, quel que soit le traitement institué, et l'évolution rapide. Dans notre observation, cependant, les premiers symptômes remontaient à 4 ans.
- la fréquence plus grande après 50 ans et chez l'homme.
- sur le plan clinique, l'existence habituelle de signes de compression et de malignité.
- les données isotopiques ne sont faites que dans 4 observations dont la notre.

Elles nous paraissent parfaitement superposables à celles des autres cancers thyroïdiens :

- nodule froid
- ou absence de l'ensemble du lobe atteint.

Il n'y a là en fait rien qui permette de différencier sur le plan clinique, radiologique ou isotopique, le carcinome épidermoïde des autres cancers thyroïdiens. En l'absence de particularités cliniques, son diagnostic sera essentiellement anatomo-pathologique.

Les MOYENS DIAGNOSTIQUES

L'examen anatomo-pathologique permet seul

- d'affirmer le cancer
- de reconnaître sa nature épidermoïde.

1) Peut-on faire un tel diagnostic *avant l'intervention ?*

Deux procédés sont théoriquement applicables :

- . la Drill - Biopsie
- . le Cyto - diagnostic

a) la Drill - Biopsie a été conseillée par de nombreux auteurs (Frazell, Watson, Kocharowski). Mais elle est aujourd'hui pratiquement rejetée (Welti, Huguenin, Cordier, Dargent) en raison d'inconvénients multiples :

- hémorragies
- erreurs d'interprétation
- et surtout essaimage de métastases tant sur le trajet de pénétration qu'à distance

b) le cyto-diagnostic fait à l'aiguille fine, élimine le danger hémorragique. Mais cet examen reste sans valeur de certitude s'il est négatif.

En fait , ces explorations n'offrent guère d'intérêt dans le cas du cancer épidermoïde de la thyroïde. Comme le montre l'étude des observations rapportées dans ce travail, l'existence de signes de compression oeso-trachéale, associées à un goître ancien ou d'apparition récente, rendent formelle l'indication chirurgicale.

2) *Au cours de l'intervention ;* le diagnostic de cancer thyroïdien

est habituellement possible sur la constatation :

- d'une rupture de la capsule de la glande
- d'un envahissement des organes voisins
- d'adénopathies non découvertes cliniquement.

Mais on ne peut préjuger :

- . de la nature primitive ou secondaire de la tumeur
- . ni de son type histologique

3) C'est donc *l'examen extemporané* complété par l'examen anatomo-patho-

logique de la pièce de thyroïdectomie totale ou subtotale qui permet le diagnostic exact.

Il met en évidence au sein de la thyroïde, des formations carcinomateuses épidermoïde plus ou moins matures, tendant à la kératinisation.

En fait deux cas sont à envisager :

α /soit découverte d'une tumeur essentiellement épidermoïde, sans formation carcinomateuse papillaire, ou vésiculaire ; tumeur "pure" qui ne pose aucun problème d'interprétation.

Ce fut le cas pour notre observation.

Des coupes larges ne mettent alors en évidence que des éléments carcinomateux épidermoïdes.

β /soit découverte histologique d'un foyer épidermoïde au sein de forma-

tions carcinomateuses papillaires ou vésiculaires.

Des auteurs, tels REDON et DUPAS, après CLARK , WHITE et RUSSEL, ont préconisé l'étude histologique de toute la glande par coupe sèriées faites tous les 50 μ .

- .. CLARK, WHITE et RUSSEL ont pratiqué cette méthode dans 50 cas de cancers thyroïdiens. Dans 44 cas, ils mettent en évidence une dissémination intra-glandulaire de la tumeur maligne.
- .. REDON et DUPAS, reprenant cette méthode dans l'étude de 40 cancers thyroïdiens, découvrent dans un cas :
 - sur le lobe droit apparemment sain : un foyer vésiculaire
 - sur le lobe gauche, 3 foyers :
 - . l'un papillaire
 - . l'autre trabéculaire
 - . le dernier papillaire avec une métaplasie épidermoïde.

Une telle méthode, si elle permet d'extérioriser un foyer carcinomateux épidermoïde au sein d'une tumeur essentiellement papillaire ou vésiculaire, n'est cependant pas toujours réalisable :

Elle nécessite du temps

un matériel de microsection que ne possèdent pas tous les laboratoires.

Ainsi les constatations de l'examen anatomo-pathologique révèlent :

- soit une tumeur essentiellement Malpighienne
- soit une tumeur papillaire ou vésiculaire avec métaplasie épidermoïde.

HISTOGENESE

=====

Ces possibilités anatomiques diverses expliquent les discussions, et l'incertitude qui persiste, sur l'histogénèse du cancer épidermoïde.

- a) pour JAFFE l'épithélium folliculaire de la glande thyroïde peut, sous certaines conditions pathologiques, subir une métaplasie épidermoïde, " ce qui offre l'explication la plus logique pour l'histogénèse du carcinome à cellules squameuses de la thyroïde".

L'auteur appuie sa théorie sur trois cas de cancers thyroïdiens où des follicules sont entourés de cellules épidermoïdes carcinomateuses.

- b) D'autres, par contre, font dériver le carcinome épidermoïde des inclusions ectodermiques vestigiales.

C'est le cas de *GOLBERG, CLUTE et SMITH, ROEDER, PRAKASH*.

Le caractère préférentiel de la localisation dans le lobe thyroïdien gauche des vestiges du conduit thyro-glosse, expliquerait le nombre plus important des carcinomes épidermoïdes dans ce même lobe.

Notons que dans notre observation, la tumeur touche le lobe droit.

Il n'est guère possible de prendre position pour l'une ou l'autre de ces théories. En effet :

- ... 1/ Si le carcinome épidermoïde dérive du conduit thyro-glosse, pourquoi ce type de cancer n'a-t-il jamais été décrit chez l'enfant ?

... 2/ Par ailleurs, il est difficile à l'heure actuelle, d'expliquer comment un épithélium glandulaire peut subir une métaplasie épidermoïde.

Mais il faut noter que ce type de métaplasie peut se rencontrer dans d'autres organes, et la tendance actuelle serait d'admettre cette hypothèse pour l'histogénèse du carcinome épidermoïde primitif du corps thyroïde

c) Reste le cas des cancers thyroïdiens épidermoïdes avec envahissement de l'oesophage et de la trachée.

Nous en avons rapporté sept observations dont les deux observations princeps d'HERRENSCHMIDT.

Cet envahissement soulève le problème de la localisation primitive thyroïdienne, ou extra-thyroïdienne du cancer et il n'est pas toujours aisé de le résoudre.

- (1) Dans le cas où l'origine thyroïdienne primaire peut être affirmée, on se retrouve sur le plan de l'histogénèse, devant les deux théories précédentes : inclusion ou métaplasie.
- (2) Dans le cas où il s'agit d'un envahissement thyroïdien, l'histogénèse du carcinome est celle du cancer primitif, et le problème posé est identique à celui que soulève l'existence des cancers trachéo-oesophagiens.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1/ - Ainsi, le diagnostic du cancer épidermoïde du corps thyroïde est toujours résolu par l'étude anatomique.

Deux remarques doivent cependant être faites :

- a) la découverte de microfoyers épidermoïdes dans un carcinome thyroïdien différencié, vésiculaire ou papillaire, doit-elle être assimilée à un carcinome épidermoïde ? ... Il n'est pas possible actuellement de répondre à cette question.
- b) la nosographie des exceptionnels ADENO-ACANTHOMES est par contre plus claire.

Ce sont des tumeurs extrêmement rares où sont intriquées des structures d'adéno carcinome et une prolifération épidermoïde incomplète qui n'aboutit pas à la kératinisation.

En 1964, COCKE et CARRERA rapportent une observation de ce type de cancer, la quatrième après HALPERT et THUSS (1950), ROSS (1947) et ENGLISH et SLANY (1936).

2/ - Le type épidermoïde étant reconnu, il reste à affirmer le caractère primitif du cancer thyroïdien.

- a) l'existence de métastases carcinomateuses de la glande thyroïdienne est considérée comme inhabituelle sinon rare (ACKERMAN) :
... GOUMOUENS en 1968 en découvre 93 cas à l'autopsie de 1759 individus décédés de tumeurs malignes, soit 5% des cas. Plus

de la moitié des métastases ne sont découvertes qu'à l'examen microscopique.

Les tumeurs primitives le plus souvent rencontrées sont alors :

- des carcinomes du sein
 du rein
 du poumon
- des mélanomes malins suivis, par ordre de fréquence, des carcinomes épidermoïdes du tractus aéro-digestif supérieur.

... BLOCH et GARDIOL en 1966 publient une série de 49 cancers thyroïdiens secondaires sur 8611 cas autopsiés, soit 0,56 %.

Les carcinomes primitifs sont alors, par ordre de fréquence des carcinomes du poumon

puis du sein, de l'estomac, de
l'oesophage, de l'utérus, du rein.

... MORTENSEN (1956) découvre 18 cas de métastases thyroïdiennes dans un lot de 467 nécropsies, soit 3,9 %.

Ces tumeurs proviennent du tissu lymphoïde, du poumon, du sein, du rectum, des ovaires, du rein, du colon, du larynx.

... WYCHILLS (1964) fait mention de 12 tumeurs secondaires dans 20.286 goîtres opérés.

... WELTI-HUGUENIN (1953) en découvrent 5 chez 233 patients opérés.

... Seule la statistique de HULL (1955) témoigne d'une relative fréquence des métastases thyroïdiennes avec 16,9 %.

- b) Si les métastases thyroïdiennes , quel qu'en soit le type histologique, sont rares, les métastases thyroïdiennes des carcinomes épidermoïdes extra thyroïdiens ne peuvent être qu'exceptionnelles.

Les tumeurs primitives correspondantes sont alors des tumeurs :

- .. des organes du cou : trachée
oesophage
- .. des bronches
- .. de l'anus
- .. du vagin et du col utérin
- .. de la peau

1/ - Métastases thyroïdiennes des carcinomes épidermoïdes des organes du cou :

- GOUMOUËNS range dans cette rubrique les métastases thyroïdiennes des tumeurs de la langue, du plancher de la bouche, du pharynx, du larynx et du 1/3 supérieur de l'oesophage.

Il en dénombre 6 cas, représentant 6,5 % de tous les carcinomes secondaires de la thyroïde .

L'auteur compare ses résultats avec les statistiques de SHIMAOKA et WILLIS :

: Pour SHIMAOKA sur 188 métastases thyroïdiennes, 13% proviennent de carcinomes épidermoïdes des organes du cou.

: pour WILLIS, ce taux est de 17 %.

- BLOCH et GARDIOL, sur 49 tumeurs secondaires de la thyroïde, ont trouvé 4 métastases provenant de l'oesophage (histologie non précisée).

- MORTENSEN, dans sa statistique note 4 métastases thyroïdiennes d'origine laryngée.

2/ Métastases thyroïdiennes des carcinomes bronchiques.

En ce qui concerne les tumeurs d'origine bronchique, bien que rangées le plus souvent dans le cadre des tumeurs pulmonaires, on peut cependant admettre la fréquence relative de leurs métastases thyroïdiennes.

- GOU MOUENS note que 27 % des métastases thyroïdiennes qu'il découvre sont d'origine pulmonaire, bronchique ou pleurale.
- ce taux est de 14 % pour SHIMAOKA
de 12 % pour WILLIS en 1931
de 23 % pour le même en 1952
- BLOCH, sur 49 métastases thyroïdiennes en dénombre 11 d'origine pulmonaire, soit 22, 4 %
- MORTENSEN, dans sa statistique, note 4 métastases thyroïdiennes d'origine pulmonaire.

Cependant aucune de ces statistiques ne donne de précision histologique sur les métastases thyroïdiennes ou les tumeurs pulmonaires primitives.

Seuls, BALMES et THEVENET rapportent en 1955, une observation précise sur le plan anatomo-pathologique : épithélioma Malpighien de la bronche souche droite ayant métastasé dans la thyroïde.

3/ Métastases thyroïdiennes de tumeurs primitives cutanées, anales, vaginales ou du col utérin.

Sauf en ce qui concerne les épithéliomas de la peau qui ne sont pas cités dans les statistiques, les tumeurs des autres organes sont rangées dans la rubrique :

tumeurs de l'utérus
ou tumeurs de l'anus et du rectum.

: tumeurs de l'utérus :

GOUMOUENS en trouve 2

BLOCH 3

MORTENSEN aucune ayant métastasé dans la
thyroïde.

: tumeurs de l'anus et du rectum :

GOUMOUENS en note 3

BLOCH aucune

MORTENSEN 2 ayant métastasé dans la
thyroïde.

Ainsi, il est reconnu qu'un certain nombre de cancers de nature épidermoïde peuvent métastaser dans la glande thyroïde.

Cette possibilité impose, dès le diagnostic de cancer épidermoïde établi, un certain nombre d'examens complémentaires comprenant :

- examen génital avec
 - . coloration au Lugol
 - . frottis de dépistage
- rectoscopie
- oesophagoscopie
- bronchoscopie

ces deux derniers examens étant pratiqués souvent avant l'intervention chirurgicale en raison des signes de compression.

TRAITEMENT

Le carcinome épidermoïde primitif du corps thyroïde se présente sous forme d'un goître nodulaire ou diffus :

- . dont l'augmentation de volume est récente
- . qui s'associe constamment à des signes de compression oeso-trachéale
- . qui a un aspect froid aux explorations isotopiques.

Ces seules constatations rendent formelle l'exploration chirurgicale.

- 1) - A un stade encore précoce de l'évolution " la chirurgie n'a d'autre prétention que d'assurer une exérèse tumorale, aussi large que possible, dans la mesure où elle est proportionnée à un risque raisonnable " (DARGENT - GARNIER).

Elle permet en effet :

- d'assurer le diagnostic histologique exact
- de pallier aux risques d'accidents aigus imminents en libérant l'axe aéro-digestif et vasculaire
- de réduire au minimum l'activité fonctionnelle post-opératoire du corps thyroïde permettant ainsi, dans un deuxième temps, l'emploi de l'I 131.

En fait, il convient de noter que, bien qu'il s'agisse d'un carcinome différencié, le cancer épidermoïde primitif de la thyroïde paraît radio-résistant.

On ne peut donc espérer pallier aux insuffisances de la chirurgie sans employer des doses importantes de rayonnement, avec tous les risques que cela comporte.

- 2) - A un stade plus tardif on peut être conduit à une chirurgie palliative, désastreuse dans ses résultats.

Il peut s'agir d'une trachéotomie d'urgence devant un syndrome asphyxique,

Il peut s'agir aussi d'une gastrostomie en présence d'un envahissement oesophagien.

Quoiqu'il en soit, le décès est inexorable et à court terme.

CONCLUSION

De cette étude, les éléments suivants nous paraissent devoir être retenus :

- 1) la *rareté* du carcinome épidermoïde primitif du corps thyroïde :
il ne représente en effet que 1% de tous les cancers thyroïdiens.
- 2) Son *pronostic redoutable*, la survie dans ce type de cancer ne dépassant pas 18 mois.
- 3) Les *difficultés à affirmer le caractère primitif* d'une telle tumeur et la nécessité d'investigations susceptibles d'éliminer un cancer extra-thyroïdien, particulièrement :
 - oesophagien
 - trachéal ou bronchique
 - anal
 - vaginal et du col utérin
- 4) Sur le plan thérapeutique, enfin, l'*indication opératoire formelle*, malgré la rapidité évolutive de ce type de tumeur, qui permet de la rapprocher des carcinomes anaplasiques.

=====

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ACKERMANN L.V. - Surgical pathology
... 1 vol. 1953 - MOSBY éditeur
- 2 - ANDERSON WAD - Pathology
... 2 vol. 1966 - MOSBY
- 3 - ANDRE - Formes cliniques et anatomiques des cancers du corps
thyroïde.
... Ann. ORL 1957, p. 77-97
- 4 - ALHADEFF R., SCOTT F., TAYLOR S., - A clinico-pathological study
of thyroid carcinoma
... British journal of Surgery, 43, 1955/1956
p. 617-626
- 5 - ARUIN L.I. et al. - Clinical aspects of multiple metastases of
thyroid cancer
... Klin. Med. (NOSKVA) 44, 132-5, jan. 1966.
- 6 - AZERAD - cancer du corps thyroïde
... EMC 10 008 A 50
- 7 - BALMES A et THEVENET A - Les Métastases Thyroïdiennes du cancer
bronchique.
... Le poumon et le coeur, 1955 p. 1013 - 1018

- 8 - BERARD - Cancer thyroïdien
... DOIN - Paris 1959

- 9 - BLOCH A. et GARDIOL D. Classification et fréquence des tumeurs
épithéliales malignes de la thyroïde.
PRAXIS, 55, 1966, n° 24 , p.670-675

- 10 - BLOCH-MICHEL H., ANDRE P. et VALLEE G.- Traitement des cancers
Thyroïdiens
... Cahiers du Collège de Médecine - 1963, 4
(n°1) p. 53-62

- 11 - BURN et TAYLOR - Histoire naturelle du cancer de la thyroïde.
Etude de 152 malades traités".
... BRIT. MED. J. nov. 1962, n° 5314, 1218-1223

- 12 - BULLOCK, HUMMER, KAHLER - Métaplasie squameuse épidermoïde de la
glande Thyroïde
... Cancer - Philadelphie, Juillet 1958, 148, n° 1

- 13 - BUAN - Epitheliomas Epidermoïdes primitifs du corps thyroïde
... Thèse Nantes 1966.

- 14 - CANAVESE - Cancer du corps thyroïde
... Thèse Marseille 1963

- 15 - CLARK R.L., WHITE et RUSSEL - Total thyroïdectomy for cancer of
the thyroid
... Ann. Surgery 1959, 149, n° 6, 858-866

- 16 - CLUTE M.M. et SMITH L.W. - Cancer of the thyroid gland
... Archives of Surgery vol 18 - jan. 1968
Part 1 n° 1 - p. 1-20

- 17 - COKE jr MD and CARRERA G.M. - Mixed Squamous cell carcinoma and Papillary Adenocarcinoma (Adeno acanthoma) of the thyroid gland
... American journal of Surgery 1964, 108
p. 432-433.

- 18 - CORDIER, DARGENT, GARNIER avec Coll. J. REYNIER, j. COLON -
Rapport au 68 ème congrès de chirurgie 1966
... P.U.F. 1966 p. 301-505.

- 19 - DARGENT - Revue Prat. 1961 n° 27 - II p. 2723-2740

- 20 - DARGENT - Revue lyonnaise de Médecine 30.1.1966 Tome 15 n° 2
Cancer Thyroïdien

- 21 - DERMOTT W.V. , WINFIELD S. MORGAN, HAMLIN E., COPE O. -
Cancer of the Thyroid
... Journal of clinical endocrinology and Métabolisme 14, (11), 1954, p. 1336-1354.

- 22 - ENGLISH et SLANY - Ein. ungewöhnliches epitheliales Gewächs der Schilddrüse
... Zentral bl. chir., 63 : 2830, 1936

- 23 - FREUND H.R. - Surgical treatment of métastases to the thyroid gland from other primary malignancies
... Annals of Surgery, aout 1965, vol 162, n° 2
285-290

- 24 - GARNIER, REYNIER, SAVOIE, CALMETTE et CORDIER - Le cancer Thyroïdien
... Ann. Chir, mars 1964, 18, n° 5 - 6, 251-263

- 25 - DE GENNES L. et TOURNEUR R. - Les tumeurs malignes du corps thyroïde
... Presse Méd. 4 février 1961, 69, n° 6, 223-226

- 26 - GOLDBERG H.M., HARVEY P., - Squamous - cell cysts of the thyroid
... British journal of Surgery - 43, 1955/1956
p. 565-569
- 27 - GOLDMAN, R.I. - Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland
... Am. Surgeon, 30 - 247, 1964
- 28 - GOUQUENUS E. - Secondary neoplasms of the thyroid gland
... Schweiz Med. Wsch. 98, 19-25, 6.1.68
- 29 - HALPERT B., and THUSS W.G. - Columnar cell and squamous cell carcinoma of thyroid gland
... Surgery, 1950, 28, 1043-1045
- 30 - HAZARD J.B., CRILE G. Jr and al. - Neoplasms of the thyroid -
classification - Morphology and treatment
... Arch. Path. 1955, 59, 502 (Chicago)
- 31 - HERRENSCHMIDT - Carcinomes pavimenteux du corps thyroïde - Inter-
prétation par la théorie des tumeurs d'origine
basale.
... Thèse Paris 1904.
- 32 - HIRABAYASHI R.N. and LINDSAY S. - Carcinoma of the thyroid. A
statistical Study of 390 patients
... J. Clin. Endocr. 1961, 21, 1596
- 33 - JAFFE R.H. - Epithelial Metaplasia fo the thyroid gland
... Arch. Path. T. 23, 1937, p. 821-830
- 34 - KILPATRICK R., BLOMFELD G.W., et col. - Carcinoma of the thyroid.
A review of 100 cases
... Quart J. Med. 1957; 26, p. 209-233

- 35 - KLINCK - MENK - squamous cells in the human thyroid
... Military Surgeon, 109, 1951, p. 408-414
- 36 - MARTIN J., DARGENT M., GUINET P. - Essai de classification des
tumeurs thyroïdiennes malignes
... Ann. Ana. Path. 1947, 17, 306-315
- 37 - MASSON - Tumeurs humaines
... 2ème Edit. 1956, 2ème tri. 1968, 1 vol. p. 498
- 38 - MEDINA R.G., ELLIOTT D.W. - Thyroid carcinoma - An Analysis of
130 cases
... Arch. Surg. Vol. 97, Aug. 1968, p. 239-245
- 39 - MICHEAU C. - Ana. Pathologique des tumeurs malignes du corps
thyroïde
... France Médicale 64, p. 291-295
- 40 - MORTENSEN J.D., WOOLNER L.B., and BENNETT - Secondary malignant
tumors of the thyroid gland
... Cancer (1956) , 9, 306-309
- 41 - PRAKASH - KUKRETI - SHARMA - Primary squamous cell carcinoma of
the thyroid gland
... International Surgery , 50 (6) 1968, p. 538-541
- 42 - PINEL, RENAULT, de ST MARCY - Epitheliomas malpighiens primitifs
du corps thyroïde
... Annals d'OTO-LARYNG. 84 - 1967 p. 576-580
- 43 - REDON - DUPAS - Cancer du corps thyroïde
... Press. Med. 11.1.1964, 72, n° 2, 69-73.
- 44 - ROEDER C.A. - Squamous cell epithelioma of the thyroid
... Annals of Surgery, 73, 1921, p. 23-29.

- 45 - ROSS R.C. - Mixed squamous cell carcinoma and papillary adenocarcinoma (adeno acanthoma) of thyroid gland
... Arch. Path. 44 : 192, 1947
- 46 - RUSSEL W.O., IBANEZ M.L., CLARK R.L. , WHITE E.C.
Thyroid carcinoma
... Cancer 16 (11) 1963, p. 1425-1460
- 47 - SAVOIE et VALLEE - Le cancer thyroïdien
... Press. Med. 29 Oct. 1960, 68, n° 48, 1780
- 48 - SAVOIE ET GARNIER
... Press. Med. 1967, 75 - 2095
- 49 - SAXEN - Squamous Médaplasia in the thyroid gland and histogenesis of epidermoid carcinoma of the thyroid.
... Acta. Path. Scand. 28, 55-60 (1951)
- 50 - SEEMANN N et al. - Primary epidermoid carcinoma of the thyroid gland
... Zbl. Aclg. Path. 109, 362-366, 1966
- 51 - SUTON J.P et al. - Carcinoma of the thyroid
... Annals of surgery 167 (6), 1968, p. 839-846
- 52 - TENAILLEAU - Etude clinique et thérapeutique de 48 cas d'épithéliomas thyroïdiens.
... Thèse Paris 1965
- 53 - TUBIANA - PEREZ et col. - Survie du cancer thyroïdien traité par I. - 147 cas.
... Press. Med. T. 76, n° 42, 2.11.68 p. 1999-2002
- 54 - VUILLARD P. - Etude anatomo-clinique et diagnostic du cancer du corps thyroïde
... Cahiers Med. Lyonnais T. 43, n° 1 - 10.1.67, p. 43-58

- 55 - WARREN - The classification of tumors of the thyroid
... AM. J. Roentgen 46, p. 447-450; oct. 1941
- 56 - WELTI - HUGUENIN - Cancer de la thyroïde, à propos d'une série de
233 cas opérés.
... Lyon Chir. Févr. Mars 1954, 49, p. 173-178.
- 57 - WELTI - MULLER - Cancer de la thyroïde - classification et pronostic
d'une série de 603 cas.
... Presse Méd. 1968, (76) 2003-2005 n° 42
- 58 - WELTI et CHEVALLEY - Goitres jaunes safrans - Métastases dans la
thyroïde des hyper néphromes.
... Presse Med. 23 Nov. 1966
- 59 - WISMER, KOSVARSKY - Les tumeurs malignes du corps thyroïde.
... Revue Med. Suisse Romande 1913, 1914 n° 33-34
815
- 60 - WOOLNER L.B., BEAHRS O.H., BLACH B.M., et al. - Classification and
prognosis of thyroid carcinoma - A study fo 885
cases observed in 30 year period
... Amer. J. Surg. 1961, 102, 354-387.

